

Proyecto de Demostración del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales del Departamento de Defensa

MANUAL NACIONAL



Introducción

El Departamento de Defensa (DoD) quiere tener la absoluta seguridad de que el personal retirado de los Servicios Uniformados y sus familias reciban el mejor cuidado de salud que sea posible. Es por eso que deseamos informarle acerca de un proyecto de demostración de seguro de salud que le permite participar en el prestigioso programa federal de beneficios de salud del que actualmente disfrutan los empleados y retirados civiles del Gobierno Federal. La Oficina de Administración de Personal (OPM) y el Departamento de Defensa (DoD) patrocinan conjuntamente este proyecto de demostración de tres años de duración.

La participación en el Proyecto de Demostración del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) se les está ofreciendo—en áreas seleccionadas de los Estados Unidos y Puerto Rico— a muchos retirados de los Servicios Uniformados con derecho a recibir los beneficios de Medicare, así como a sus familias. Un aspecto importante de este proyecto es que pueden estar cubiertos los miembros de la familia que no sean elegibles para recibir Medicare. En el proyecto también pueden participar algunas otras personas que no tengan derecho a recibir Medicare, tales como los dependientes sobrevivientes y ciertos ex cónyuges que no hayan vuelto a contraer matrimonio.

En resumen, usted y su familia podrían obtener un seguro de salud de primera clase a un precio reducido. Este proyecto de demostración proporciona los mismos beneficios que ofrece el Gobierno Federal a sus empleados civiles de carrera a través de su programa de beneficios de salud.

El presente manual ha sido elaborado con el propósito de suministrarle información acerca del proyecto de demostración y explicarle cómo sus otros programas de seguro de salud podrían verse afectados por su participación en el proyecto de demostración. Adjunto encontrará una solicitud de inscripción en caso de que, después de examinar el manual, usted desee inscribirse en el Proyecto de Demostración del FEHBP.

Si tiene alguna otra pregunta, puede llamar al número gratuito del Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa (DoD): 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea que le atiendan en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778. Además, si usted tiene acceso vía Internet, consulte la página del DoD en la Red: www.tricare.osd.mil/fehbp/. Para obtener información más general diríjase a la página de la Oficina de Administración de Personal (OPM) en la Red: www.opm.gov/.

Índice

Introducción	1
Descripción general	3
Elegibilidad	6
Cobertura de salud	10
<i>Servicios médicos cubiertos</i>	10
<i>El acceso a los servicios de cuidado de salud</i>	12
Costos	13
<i>Primas de seguro</i>	13
<i>Opciones para el pago de las primas</i>	14
<i>Otros costos que corren por cuenta del asegurado</i>	16
Inscripción	17
Cancelación	20
Responsabilidades del asegurado	21
Resumen del Proyecto de Demostración del FEHBP	22
Al tomar su decisión	24
Otros programas de seguro de salud	26
<i>Medicare</i>	26
<i>Medicare, Parte A</i>	26
<i>Medicare, Parte B</i>	27
<i>Cuidado de salud administrado por Medicare</i>	28
<i>Medicare y el FEHBP</i>	29
<i>Medigap / Seguro suplementario</i>	29
Si desea obtener más información	34
Glosario	36
Instrucciones para llenar el formulario de inscripción	42

Descripción general

¿Qué es el Programa de beneficios de salud para empleados federales (FEHBP)?

El Programa de beneficios de salud para empleados federales proporciona beneficios de cuidado de salud integrados mediante contratos suscritos con alrededor de 300 compañías aseguradoras. Se trata del programa más extenso del país en materia de beneficios de salud patrocinados por el empleador. Las compañías aseguradoras del FEHBP suministran cobertura de salud a más de 9 millones de empleados del Gobierno y del Servicio Postal de los EE.UU., tanto en servicio activo como retirados, y a sus familias. En la lista de aseguradoras que trabajan con el FEHBP figuran algunas de las compañías de seguros de salud más prestigiosas del sector privado.

¿Cómo funciona el FEHBP?

A través de sus programas de salud contratados, el FEHBP ofrece beneficios de salud a través de numerosos planes de seguro médico. Los participantes seleccionan el plan que mejor se ajuste a sus necesidades de salud y sus presupuestos. Una vez que el beneficiario selecciona un plan entre las opciones provistas, el Gobierno Federal paga un porcentaje de la prima del seguro y el beneficiario inscrito paga el resto.

¿Qué es el Proyecto de Demostración del FEHBP?

El Proyecto de Demostración del FEHBP consiste en un ensayo de tres años de duración, durante el cual los ex miembros elegibles de los Servicios Uniformados y otros beneficiarios igualmente elegibles pueden recibir sus beneficios de salud a través de uno de los planes de seguro patrocinados por el Programa FEHBP. El Departamento de Defensa y la Oficina de Administración de Personal son los copatrocinadores de este proyecto de demostración, en cumplimiento del mandato emitido por el Congreso a este respecto.

En el resto del presente manual, nos referiremos al Proyecto de Demostración del FEHBP únicamente como “proyecto de demostración”.

¿Cuánto durará el proyecto de demostración?

El proyecto de demostración se inició el 1 de enero del 2000 y su conclusión está actualmente prevista para el 31 de diciembre del 2002. Dependiendo del éxito que se logre en este programa, el Congreso podría decidir prolongar la duración del proyecto de demostración más allá de su fecha de conclusión programada para el 31 de diciembre del 2002.

¿Cuáles son las ventajas de inscribirse en este proyecto de demostración?

Los siguientes aspectos del programa podrían serle de interés:

- Usted recibe extensos beneficios de salud a un precio económico.
- Usted puede seleccionar entre una variedad de planes de seguro el que mejor satisfaga sus necesidades y las de su familia en lo referente al cuidado de la salud.
- Usted puede recibir cobertura para los servicios que no están cubiertos por Medicare, tales como cuidado dental y de la vista, medicamentos recetados, exámenes médicos periódicos, y la atención de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos.
- Usted puede inscribirse sin importar su estado de salud actual.
- No se le impone un límite, ni anual ni de por vida, al monto de su cobertura para medicamentos recetados.
- Usted tiene la oportunidad de cambiar anualmente su plan de seguro de salud durante la temporada de inscripción que será del 13 de noviembre al 11 de diciembre del 2000, para la cobertura del seguro que comienza el 1 de enero del 2001. El período comprendido entre el 12 de noviembre y el 10 de diciembre del 2001 será la temporada de inscripción para la cobertura que comienza el 1 de enero del 2002.
- Con toda probabilidad los costos que corren por su cuenta serán más bajos que los que paga conforme a su plan actual.

¿Cuáles son las diferencias entre el FEHBP para civiles y este proyecto de demostración?

Los beneficios de cuidado de salud son los mismos. Hay algunas leves diferencias en relación con otros aspectos:

- Este proyecto de demostración se ofrece únicamente en ciertas áreas geográficas.
- Los requisitos en materia de elegibilidad son distintos.
- Las primas pueden variar.

¿Dónde están localizadas las zonas de demostración?

Existen diez zonas de demostración, las cuales están definidas por los códigos postales (ZIP codes) del Servicio Postal de los EE.UU. A continuación figura la lista de dichas zonas:

- La zona de Dover, Delaware, incluidas partes de Maryland
- El Estado Libre Asociado de Puerto Rico
- La zona de Ft. Knox, Kentucky, incluidas partes de Indiana
- La zona de Greensboro/Winston-Salem/High Point, Carolina del Norte
- La zona de Dallas/Ft. Worth, Texas
- La zona de Humboldt County, California, incluidas partes extensas del norte de California
- La zona de Camp Pendleton, California, incluidas partes extensas del sur de California
- La zona de Nueva Orleans, Luisiana

- La zona de Adair County, Iowa, incluida la mayor parte de Iowa y partes de Kansas, Minnesota, Missouri, Nebraska y South Dakota
- La zona de Coffee County, Georgia, incluidas partes extensas de Georgia y partes de la Florida y Carolina del Sur.

Si desea obtener una lista completa de los códigos postales abarcados por las zonas de demostración, visite la página en la Red del Sistema de Salud Militar en www.tricare.osd.mil/fehbp/

¿Cómo se seleccionaron las zonas de demostración?

Se seleccionaron al azar diez condados de todo el país para que constituyeran el centro de cada una de las diez zonas de demostración. Estas zonas fueron entonces ampliadas mediante la adición sistemática de códigos postales de los alrededores de los condados seleccionados, hasta alcanzar un número predefinido de personas elegibles.

Elegibilidad

¿Quiénes son elegibles para inscribirse en este proyecto de demostración?

Para poder inscribirse en este proyecto de demostración, usted debe residir dentro de *una* de las diez zonas de demostración y le debe ser aplicable una de las siguientes descripciones:

- Una persona retirada de los Servicios Uniformados que sea elegible para recibir los beneficios de la Parte A de Medicare. El término “retirado” abarca tanto a las personas retiradas de más de 65 años como a las retiradas por razones médicas, que se consideren elegibles para los fines del Sistema de Salud Militar (MHS) y que continúen siendo titulares válidos de una tarjeta de identificación de los Servicios Uniformados.
- Una persona que sea elegible para recibir los beneficios de la Parte A de Medicare, y que también sea dependiente de un retirado de los Servicios Uniformados. Debe observarse que el retirado no necesita ser elegible en lo que a la Parte A de Medicare se refiere, para que el dependiente tenga derecho a inscribirse en este proyecto de demostración.
- Un ex cónyuge, no vuelto a casar, de un retirado de los Servicios Uniformados que reúna ciertos requisitos adicionales de elegibilidad. Para poder participar en este proyecto de demostración, el ex cónyuge que no se haya vuelto a casar no tiene que ser elegible para recibir Medicare.
- Un superviviente de un ex miembro de los Servicios Uniformados. Un superviviente es un dependiente con derecho a recibir los beneficios del Sistema de Salud Militar como consecuencia de la muerte de un miembro de los Servicios Uniformados, ya fuese en servicio activo o después de retirado. Para poder participar en este proyecto de demostración, un superviviente no tiene que ser elegible para recibir Medicare.

Las personas elegibles que se inscriban pueden extender la cobertura del FEHBP a los miembros de su familia.

¿Qué son los Servicios Uniformados?

El uso del término Servicios Uniformados abarca los siguientes grupos:

- Los miembros de las Fuerzas Armadas (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina y el Servicio de Guardacostas)
- Los miembros del Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública
- Los miembros del Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica

Sírvase tomar nota de que el término “Servicios Uniformados”, tal como se utiliza en el presente manual, incluye a todos estos grupos.

¿Cómo puedo saber si soy elegible para participar en el proyecto de demostración?

Puede llamar al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa, el cual consultará el Sistema de Notificación sobre Elegibilidad para la Inscripción (DEERS), a fin de determinar su elegibilidad.

El patrocinador tiene la responsabilidad de asegurarse de que los miembros de su familia sean ingresados en el sistema DEERS. Dicho trámite puede hacerse a través de la oficina de personal militar más cercana o comunicándose con el Centro Telefónico del DEERS. Los patrocinadores de los Servicios Uniformados deben comprobar que toda su información personal y la de su familia se encuentre al día en los expedientes del sistema DEERS.

¿Cómo puedo actualizar mi información en el sistema DEERS?

Puede llamar al Centro Telefónico DEERS de lunes a viernes de 9 a.m. a 6:30 p.m., hora del este:

- 1-800-538-9552
- 1-800-334-4162 (en California solamente)

¿Debo estar inscrito en la Parte B de Medicare para poder participar en el proyecto de demostración?

No. No es necesario que usted esté inscrito en la Parte B de Medicare para ser elegible para este proyecto de demostración. Sin embargo, si ya recibe la Parte B de Medicare, le recomendamos que la

mantenga. Medicare impone una multa considerable cuando se compra la Parte B de Medicare después del período inicial de elegibilidad. Además, la Parte B de Medicare funciona conjuntamente con el FEHBP para mantener bajos los costos que corren por cuenta suya. En otras palabras, si usted tiene la Parte B de Medicare, su póliza del FEHBP cubrirá la mayor parte, o incluso la totalidad, de sus pagos en concepto de coaseguro y montos deducibles de Medicare.

Si yo soy elegible para la inscripción, pero mi cónyuge no lo es, ¿quiere eso decir que mi cónyuge no puede estar cubierto por el seguro?

No. Usted puede hacer que todos sus dependientes estén cubiertos mediante una póliza familiar, que los asegura a usted y a su familia. La descripción anterior de “quiénes son elegibles” se refiere únicamente a las personas que pueden inscribirse por su propia cuenta.

¿Deben los dependientes, que reúnan los requisitos, ser elegibles para recibir Medicare o estar inscritos en el mismo para que los cubra una póliza familiar en este proyecto de demostración?

No. Los dependientes de los miembros retirados de los Servicios Uniformados no necesitan ser elegibles para recibir Medicare, ni estar inscritos en el mismo para tener cobertura de seguro en este proyecto de demostración.

¿Cuál es la definición de “dependientes”?

Se entiende por “dependientes” el cónyuge y los hijos solteros y menores de 22 años, incluidos los

hijos legalmente adoptados y los hijos nacidos fuera de matrimonio, que dependen de la persona retirada de los Servicios Uniformados.

Se incluyen los hijastros y los niños acogidos en el hogar sin adopción legal (así como los nietos, si reúnen las condiciones para considerarlos hijos acogidos), siempre que vivan con la persona retirada de los Servicios Uniformados y tengan la relación normal que debe existir entre padres e hijos.

También pueden estar cubiertos, sujeto a ciertas condiciones, los hijos solteros dependientes de más de 22 años de edad, que no puedan mantenerse debido a una incapacidad mental o física que ya existiera antes de los 22 años de edad.

Si cambio provisionalmente de residencia durante el año, ¿seguiría siendo elegible para participar en este proyecto de demostración?

Usted puede seguir siendo elegible para participar en este proyecto de demostración, siempre que retenga su residencia permanente en una de las diez zonas de demostración.

Si cambio *permanentemente* de lugar de residencia, ¿seguiría siendo elegible para participar en este proyecto de demostración?

Si su nueva residencia se encuentra en una de las diez zonas de demostración, usted continúa siendo elegible para participar en este proyecto de demostración. Verifique con su plan de seguro si éste ofrece cobertura en su nueva área, incluso si

usted se muda dentro de la misma zona de demostración. Lamentablemente, usted no será elegible para continuar participando si su nueva residencia *no* se halla dentro de una zona de demostración.

Dondequiera que se mude, notifíquelo al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa, llamando al número gratuito 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea que le atiendan en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778. No se olvide de llamar también al Centro Telefónico DEERS al 1-800-538-9552. (En California, llame al 1-800-334-4162.)

¿Qué sucede con mi seguro de salud si dejo de ser elegible para participar en el proyecto de demostración?

Los miembros de su familia que dejen de ser elegibles bajo su cobertura familiar pueden solicitar que se les permita participar en un programa llamado Continuación provisional de la cobertura (Temporary Continuation of Coverage, TCC). Entre los ejemplos de tales personas figuran un hijo que cumple 22 años o que contrae matrimonio, un cónyuge que se divorcia de un miembro de los Servicios Uniformados y que no reúne las condiciones para inscribirse como ex cónyuge no vuelto a casar, en conformidad con el Título 10 del Código de los EE.UU.

¿Qué significa continuación provisional de la cobertura (TCC)?

El TCC es un programa mediante el cual sus beneficios de salud del FEHBP permanecen en vigencia cuando usted ya no es elegible para los fines del proyecto de demostración. El Gobierno no paga ninguna porción de la prima correspondiente. El TCC tiene límites de programa establecidos y la elegibilidad no continuará después de que finalice el proyecto de demostración. Si desea obtener más información, llame al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa al número gratuito 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea comunicarse en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778.

Cobertura de salud

Esta sección está dirigida a las personas que son elegibles para participar en el proyecto de demostración y contiene información acerca de los beneficios de salud y los tipos de planes de seguro de salud que se ofrecen a los participantes. También, se incluye información acerca de la manera en que la participación afecta otros beneficios de salud proporcionados por el Departamento de Defensa.

¿Qué tipos de cobertura se ofrecen?

Usted puede elegir entre dos tipos de cobertura:

- la cobertura individual, que ofrece protección únicamente a la persona elegible que se inscribe y
- la cobertura familiar, que también ofrece protección a la mayoría de los familiares/dependientes de la persona elegible.

¿Qué familiares están incluidos en la cobertura familiar?

Este tipo de cobertura le brinda protección a usted, su cónyuge y sus hijos dependientes menores de 22 años, incluidos los hijos adoptivos y los nacidos fuera de matrimonio. En ciertas circunstancias, su inscripción puede cubrir a un hijo incapacitado de más de 22 años, que no pueda ganarse la vida.

¿Qué tipos de plan de seguro de salud se ofrecen como parte de este proyecto de demostración?

Se ofrecen dos tipos de plan:

- planes con pago establecido por servicio (fee-for-service) y
- planes de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO).

Servicios médicos cubiertos

¿Cuáles son los principales beneficios de los planes de seguro de salud de este proyecto de demostración?

Los beneficios varían dependiendo del plan que usted escoja. La lista que sigue contiene muestras de los beneficios que pueden obtenerse, dependiendo del plan:

- Hospitalización
- Servicios de cirugía para pacientes hospitalizados
- Cuidado de pacientes ambulatorios, tales como exámenes médicos, exámenes físicos periódicos, cirugía ambulatoria, terapia física, del habla y ocupacional ambulatoria, así como procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios
- Servicios de medicina preventiva

- Servicios de rehabilitación
- Servicios de emergencia (incluida la atención recibida fuera de los Estados Unidos)
- Servicios de salud mental
- Tratamiento contra el abuso de sustancias
- Medicamentos recetados
- Atención dental
- Atención de la vista

¿Estarán cubiertos los medicamentos recetados?

Sí. El monto de la cobertura depende del plan de seguro de salud que usted seleccione. Si bien cada plan incluye cobertura de medicamentos recetados, hay variaciones en el monto específico cubierto y en la parte del costo que corre por cuenta del asegurado. Algunos planes de seguro que no están en el FEHBP tienen límites anuales para el pago de medicamentos recetados. Los planes del FEHBP no tienen límites establecidos.

¿Dónde puedo comprar medicamentos recetados?

Consulte con su plan de seguro y pida una lista de las farmacias participantes de su área. La mayoría de los planes de seguro del FEHBP permiten que los medicamentos se adquieran en farmacias minoristas o que venden por correo.

Si me inscribo en este proyecto de demostración, ¿podré utilizar mi beneficio de servicios de farmacia BRAC (siglas en inglés equivalentes a *Base Realignment and Closure*, sea Reestructura y Clausura de Bases)?

No. Si usted es elegible para recibir el beneficio de servicios de farmacia BRAC, su elegibilidad será suspendida mientras usted se encuentre inscrito en el proyecto de demostración. Sin embargo, su derecho al BRAC le será restablecido inmediatamente si usted se retira del proyecto de demostración o si éste finalizara.

¿En qué consiste el beneficio del BRAC?

Los cierres de bases afectaron los beneficios relacionados con el suministro de medicamentos a los beneficiarios elegibles de Medicare y a sus familias, que residían en las cercanías de las bases en cuestión. Conforme a este beneficio farmacéutico de Reestructura y Clausura de Bases (BRAC), estos beneficiarios elegibles pueden comprar medicamentos en las farmacias minoristas de la red TRICARE o en la Farmacia Nacional de Pedidos por Correo (National Mail Order Pharmacy, NMOP).

Si me inscribo en este proyecto de demostración, ¿podré continuar recibiendo mis medicamentos en la farmacia de un centro de tratamiento militar?

No. Mientras usted se halle inscrito en el proyecto de demostración, no tendrá derecho a recibir cuidado de salud en un hospital o clínica militar, ni a utilizar sus farmacias. Sus beneficios serán restablecidos de inmediato si usted se retira del proyecto de demostración o si éste finalizara.

Si soy elegible para obtener mis medicamentos a través de TRICARE y me inscribo en este proyecto de demostración, ¿puedo también utilizar la red TRICARE para la cobertura de servicios farmacéuticos?

No. Usted *no* puede utilizar la red TRICARE para adquirir sus medicamentos mientras se halle inscrito en el proyecto de demostración. Sin embargo, sus beneficios serán restablecidos de inmediato si usted se retira del proyecto de demostración o si éste finalizara.

Si en la actualidad recibo mis medicamentos de una farmacia del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Department of Veterans Affairs, VA), ¿podré seguir recibéndolos si me inscribo en el proyecto de demostración?

Sí. Si usted recibe actualmente sus medicamentos de una farmacia del VA, su inscripción en el proyecto de demostración *no* afectará su elegibilidad para utilizar los servicios farmacéuticos del VA.

El acceso a los servicios de cuidado de salud

¿En dónde podrá recibir servicios de salud si me inscribo en este proyecto de demostración?

Eso depende del plan que usted escoja, de modo que es importante que lea el material informativo acerca de su plan. Los planes con pago establecido por servicio (*fee-for-service*) cubren los costos de la atención médica suministrada por los proveedores de cuidado de salud en todo Estados Unidos y

en la mayoría de los demás países. Por otra parte, las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), cubren los servicios médicos proporcionados principalmente por una red de médicos y hospitales en un área geográfica o de servicio determinada.

¿Cómo puedo encontrar proveedores que participen en el plan que yo seleccione?

El plan por el que usted opte publica un directorio de proveedores participantes. Para obtener esta información, diríjase a su compañía aseguradora.

¿Puedo continuar recibiendo cuidado de salud en un centro de tratamiento médico o clínica militar?

No. Las personas inscritas en el proyecto *no* son elegibles para recibir ningún tipo de cuidado o servicio de un hospital o clínica militar, salvo en caso de emergencia.

¿En dónde recibo servicios de salud cuando viaje fuera del área que abarca el programa?

Debido a que los planes varían, consulte su plan de seguro de salud para obtener más información.

¿Puedo seguir recibiendo atención en un centro médico del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)?

Sí. La inscripción en el proyecto de demostración *no* afecta su posibilidad de utilizar los servicios del VA.

Costos

Primas de seguro

¿Deben pagarse primas por la participación en este proyecto de demostración?

Sí. Usted es responsable por el pago de la parte que le corresponda de la prima del plan de seguro de salud que elija. La cantidad depende del plan de que se trate. El Gobierno generalmente paga hasta un 75 por ciento de dicha prima.

¿A cuánto ascienden las primas?

El monto de las primas depende tanto del plan de salud que usted elija como del tipo de cobertura seleccionada, ya sea individual o familiar.

Los precios de las primas de cada plan aparecen listados en la *Guía de los Planes de Beneficios de Salud para Empleados Federales que Participan en el Proyecto de Demostración del Departamento de Defensa*. Publicada cada otoño por la Oficina de Administración de Personal, esta guía contiene una lista completa de los planes de cuidado de salud ofrecidos y sus primas. La guía puede obtenerse a través del Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa, llamando al número gratuito 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea comunicarse en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778.

¿Paga el Gobierno alguna parte de la prima?

El Gobierno aporta una porción considerable del costo total de su prima. Durante el año 2000, el Gobierno pagó hasta un máximo de \$2,049.60 por cada póliza individual y de \$4,575.24 por cada póliza familiar. La contribución del Gobierno representa hasta un 75 por ciento de la prima total en el caso de los planes que se ofrecen como parte del proyecto de demostración.

¿Cómo determina un plan las primas?

Las primas de los planes de seguro de salud se basan en varios factores, incluido el tipo de beneficios que ofrecen, el costo de las solicitudes de reembolso que pagan y los costos administrativos de los mismos.

¿Las primas de los planes siguen siendo las mismas todos los años?

No necesariamente. Cada año, la Oficina de Administración de Personal negocia los beneficios y los precios de los planes de salud que participan en el FEHBP.

Si mi cónyuge y yo somos elegibles independientemente para inscribirnos en este proyecto de demostración ¿podemos comprar dos pólizas individuales en vez de una póliza familiar?

Sí. Ustedes pueden comprar dos pólizas individuales. A continuación figuran un par de preguntas que deberán hacerse:

- ¿La condición de mi salud es tal que preveo llegar al límite catastrófico de los gastos que corren por mi cuenta?
- ¿Obtendremos un ahorro en el costo de las primas?

¿Podría el ahorro en las primas verse reducido por un límite catastrófico más alto?

Dependiendo del plan seleccionado, el límite catastrófico de dos pólizas individuales podría representar un monto más elevado de gastos que correrían por cuenta de los asegurados, que el que pagarían con una póliza familiar. En ese caso, dicho costo podría ser mucho menor si compran una póliza familiar.

Opciones para el pago de las primas

¿Cuáles son mis opciones con respecto al pago de las primas?

Usted puede efectuar el pago de sus primas valiéndose de una de las cuatro opciones siguientes:

- Cobro directo – Usted recibirá una factura periódica por la prima adeudada.
- Pago mediante deducción autorizada – El monto de la prima será deducido automáticamente del pago de su pensión mediante la deducción autorizada de fondos.
- Transferencia electrónica de fondos – El monto de la prima será transferido automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros.

¿En qué consiste la opción de cobro directo de la prima?

Conforme a esta opción de pago, usted recibirá una factura que le indicará el monto pagadero. Usted se encarga de enviar por correo su pago junto con la boleta de remisión antes de la fecha de vencimiento del pago. Los beneficiarios deben ser cuidadosos al utilizar esta opción, ya que cualquier demora o interrupción en el pago dará lugar a la cancelación *permanente* de su seguro de salud en el proyecto de demostración.

¿Qué pautas se han establecido en relación con el pago de primas mediante la deducción autorizada de mi cheque de retiro?

Las pautas específicas para el empleo de este método de pago son las siguientes:

- El patrocinador con derecho al pago de una pensión *deberá firmar* el formulario de elección de pago (el cual figura al final de este manual) para solicitar que dicha prima se le deduzca de su pago de retiro.
- De optarse por dos pólizas de seguro individuales, esas dos primas pueden combinarse en una sola deducción autorizada, siempre que el patrocinador firme el formulario de elección de pago, a fin de solicitar que se efectúe dicha deducción de su pago de retiro.
- Esta opción de pago mediante deducción autorizada no puede ser utilizada por los supervivientes (o sea, los dependientes de un patrocinador fallecido).

¿Cómo se lleva a cabo la transferencia electrónica de fondos (EFT)?

Usted recibirá un estado de cuenta de EFT indicando la prima adeudada y la fecha en que ocurrirá la transferencia. En esa fecha, el monto de la prima adeudada será transferido de su cuenta corriente o de ahorros para efectuar el pago. Su banco deducirá el pago efectuado de su cuenta corriente o de ahorros y la transacción aparecerá en su estado de cuenta bancaria.

¿Qué información se necesita para tramitar mi transferencia electrónica de fondos?

Elija la cuenta, ya sea corriente o de ahorros, de la cual desea que se transfieran los fondos. El propietario de esa cuenta deberá firmar un formulario de autorización de pago. Si los fondos van a ser transferidos de una cuenta corriente, deberá proporcionarse un cheque en blanco con la palabra “CANCELADO” escrita al frente. Si los fondos serán transferidos de una cuenta de ahorros, usted deberá proporcionar el número de la cuenta, el número de ABA de su banco (o sea, el código numérico asignado a ese banco por la American Bankers Association) y el nombre y la dirección de su banco.

¿Cómo puedo obtener el número de ABA de mi banco?

El número de ABA de su banco está compuesto por los primeros nueve dígitos del número impreso en la parte de abajo de sus cheques o boletas de depósito. El número de ABA debe comenzar con un 0, 1, 2 ó 3. Su banco también se lo puede proporcionar.

¿Cuándo ocurrirá la transferencia EFT?

Usted recibirá un estado de EFT detallando el monto de la prima adeudada y la fecha en que se efectuará la transferencia. Dicha transferencia por lo general se efectúa el día 15 del mes. Si el día 15 cayera en fin de semana o feriado, la EFT se hará el último día laborable antes del 15 del mes. Si su solicitud de EFT no ha sido recibida ni tramitada antes del día 14 del mes, su transferencia EFT inicial se efectuará el último día laborable del mes.

¿Cómo se efectúa el pago con tarjeta de crédito?

El pago de las primas se cobrará mensualmente a su tarjeta de crédito en las fechas en que vencen los pagos.

Otros costos que corren por cuenta del asegurado

¿Hay otros costos que deban correr por mi cuenta?

Además de la prima, usted podría tener que pagar montos tales como los deducibles, coaseguros y copagos. Sin embargo, si usted tiene derecho a recibir Medicare, y tiene tanto la Parte A como la Parte B del mismo, usualmente no se le cobrarán los montos deducibles y los copagos de su plan de salud del FEHBP, cuando los servicios de que se trate también estén cubiertos por Medicare.

El monto deducible es la cantidad que usted paga directamente en concepto de servicios de salud antes de que su aseguradora comience a cubrir total o parcialmente sus cuentas médicas.

El copago es el monto fijo o el porcentaje que usted paga por cada servicio de salud, tal como un examen médico.

¿Qué es el límite catastrófico?

El límite catastrófico es el monto máximo que usted pagará por el cuidado de su salud durante un período de un año, sin contar la prima de seguro. Para los fines de los planes del FEHBP, el año corresponde al año calendario comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

¿Tienen los planes del proyecto de demostración del FEHBP un límite catastrófico?

La mayoría de los planes tienen un límite catastrófico, el cual varía en el caso de cada plan. Cabe señalar que el costo de la prima no se toma en cuenta para los fines del límite catastrófico.

Inscripción

Cuando usted decide participar en el Proyecto de Demostración del FEHBP, deberá notificarlo al Departamento de Defensa. Si hasta ahora ha recibido cuidado de salud principalmente del Sistema de Salud Militar, deberá familiarizarse con unos cuantos procedimientos importantes del FEHBP. Por ejemplo, usted no puede inscribirse en cualquier fecha del año, salvo en circunstancias muy especiales. Le rogamos que preste particular atención a las instrucciones para la inscripción que figuran a continuación.

¿Cómo puedo inscribirme en este proyecto de demostración?

Para inscribirse en este proyecto de demostración, llene y envíe el formulario de elección de inscripción junto con el formulario de elección de método de pago que encontrará al final de este manual.

¿Cuándo puedo inscribirme en este proyecto de demostración?

Usted puede inscribirse durante la temporada anual de inscripción en el FEHBP, o bien dentro de un período especificado antes o después de un suceso o cambio importante en su vida.

¿En qué consiste la temporada de inscripción?

“Temporada de inscripción” es el término utilizado para referirse al período del año durante el cual las

personas elegibles pueden inscribirse en el FEHBP. También es el período durante el cual las personas inscritas pueden cambiar de plan de salud. Los beneficiarios elegibles pueden inscribirse del 13 de noviembre al 11 de diciembre del 2000, para que la cobertura del seguro comience el 1 de enero del 2001. Los beneficiarios elegibles que deseen que su cobertura de servicios médicos comience el 1 de enero del 2002 podrán inscribirse durante el período comprendido entre el 12 de noviembre y el 10 de diciembre del 2001.

¿Si me inscribo durante la temporada de inscripción, cuando entrará en vigencia mi cobertura del FEHBP?

La fecha de entrada en vigencia de su cobertura de seguro médico será el 1 de enero del año que sigue a la temporada de inscripción. Usted podrá hacer uso de sus beneficios tan pronto como su cobertura entre en vigor. No hay períodos de espera, no se requieren exámenes médicos y no se imponen restricciones ni en cuanto a edad ni en cuanto al estado de salud.

Si soy elegible para participar en el proyecto de demostración y no me inscribo durante la temporada de inscripción, ¿puedo inscribirme en una fecha posterior?

Fuera de la temporada de inscripción, usted puede inscribirse únicamente si ocurre un suceso o cambio

en su vida que lo califique para tal inscripción. Un suceso o cambio en su vida es un acontecimiento importante en su vida o la de su familia, el cual afecta sus necesidades en lo que a cobertura de seguro de salud se refiere. Dependiendo del suceso o cambio de que se trate, usted puede inscribirse en una póliza individual o bien optar por una póliza familiar dentro de un plazo máximo de 31 días antes del suceso o de 60 días después de ocurrido el mismo. Si desea obtener más información con respecto al suceso o cambio específico que esté ocurriendo en su vida, llame el Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa.

¿Cuáles son los sucesos o cambios en mi vida que me permitirían inscribirme fuera de la temporada de inscripción?

A continuación figuran algunos ejemplos de sucesos o cambios que le permitirán inscribirse en fechas que no sean las de la temporada de inscripción:

- El cambio de estado civil
- El nacimiento o la adopción de un hijo
- Otros cambios en la composición de la familia
- Un traslado o mudanza fuera del área de una organización de mantenimiento de la salud (HMO)
- La terminación de la participación en un plan de salud de la organización en donde la persona está empleada
- Cumplir la edad de elegibilidad para recibir Medicare
- La pérdida de la cobertura de un plan que no sea del Gobierno Federal
- El cambio de residencia a una zona de demostración

Si me inscribo en este proyecto de demostración, ¿qué plan de seguro de salud debo elegir?

Usted es la única persona que puede determinar cuál es el plan de seguro de salud que satisface mejor sus necesidades. Una de las ventajas de inscribirse en este proyecto de demostración es que usted puede elegir, entre una amplia variedad de planes de salud, el que más beneficios le ofrezca a un costo más bajo que el de los planes de seguro de salud comerciales o privados.

¿Es posible obtener información sobre un plan de seguro de salud específico?

Sí. La información relativa a los planes de salud del Proyecto de Demostración del FEHBP es actualizada cada año durante el otoño. Usted puede solicitar folletos de los planes llamando al número gratuito del Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa: 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea que le atiendan en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778.

Si me inscribo en este proyecto de demostración, ¿puedo continuar recibiendo servicios en un centro de tratamiento militar?

No. Si usted se inscribe en este proyecto de demostración, *no* será elegible para recibir cuidado de salud en un hospital o clínica militar, excepto en un caso de emergencia.

Actualmente, estoy inscrito en el FEHBP a través de mi empleo anterior en el servicio civil del Gobierno federal. ¿Puedo cambiarme a este proyecto de demostración del Departamento de Defensa?

No. Si usted está inscrito o tiene derecho a inscribirse en el FEHBP debido a que es empleado o retirado del servicio civil federal, entonces no es elegible para inscribirse en el proyecto de demostración del Departamento de Defensa.

¿Puedo inscribir a otros miembros de mi familia en mi formulario de elección de inscripción?

Sí. Usted puede obtener protección para otros miembros de su familia si elige una póliza familiar.

¿Cuándo pueden hacerse cambios en la inscripción?

Usted tiene la oportunidad de inscribirse o de cambiar de plan todos los años durante la temporada de inscripción. Dicha temporada de inscripción será del 13 de noviembre al 11 de diciembre del 2000, para la cobertura del seguro que comienza el 1 de enero del 2001; y del 12 de noviembre al 10 de diciembre del 2001, para la que comienza a partir del 1 de enero del 2002. Durante la temporada de inscripción usted puede:

- inscribirse, si es elegible y no se encuentra ya inscrito;
- cambiar de un plan a otro;
- cambiar su opción de cobertura de una póliza individual a una familiar. Tenga en cuenta que

puede cambiar su póliza familiar por una individual en cualquier momento.

¿Qué ocurre si el proyecto de demostración finaliza el 31 de diciembre del 2002?

Si el proyecto de demostración finaliza, tal como está actualmente programado, el 31 de diciembre del 2002, su cobertura del Sistema de Salud Militar le será restablecida a partir del 1 de enero del 2003. Su cobertura de Medicare también continuará. Si usted tenía una póliza suplementaria, necesitará verificar con la compañía aseguradora lo relativo al restablecimiento de esa cobertura.

Tal como se mencionó anteriormente, el Congreso podría decidir postergar la fecha de conclusión del proyecto de demostración para después del 31 de diciembre del 2002.

Cómo retirarse del Programa (cancelar la inscripción)

Por cualquier motivo, usted podría querer retirarse del Proyecto de Demostración del FEHBP antes de que finalice. Además, el programa requiere que usted cumpla con las reglas, tales como efectuar los pagos a tiempo y residir permanentemente en la zona de demostración. La presente sección trata sobre la flexibilidad para retirarse del proyecto de demostración antes de que éste finalice.

¿Puedo cancelar mi inscripción en este proyecto de demostración?

Sí. Usted puede cancelar su inscripción (o sea, retirarse del programa o dejar de participar en él) en cualquier momento. Dicha cancelación entra en efecto a la medianoche del último día del mes en que usted la solicite.

¿Qué debo hacer para retirarme del proyecto de demostración, o sea, para cancelar mi inscripción en el mismo?

Para solicitar un formulario de cancelación, llame al número gratuito del Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa (DoD): 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea que le atiendan en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778.

La entrada en vigencia del retiro o cancelación es a la medianoche del último día del mes en que el Centro de

Atención al Cliente del Departamento de Defensa reciba la solicitud correspondiente, a menos que usted haya solicitado su retiro del programa en un mes posterior. En todo caso, la fecha vigente de la cancelación es el último día del mes. Tenga presente que usted es responsable por el pago de las primas hasta el último día de la cobertura.

Si cancelo mi inscripción, ¿cuándo me será restablecida mi cobertura del Sistema de Salud Militar?

Una vez que su cancelación haya sido tramitada, su cobertura del Sistema de Salud Militar será restablecida con efecto al día siguiente de la fecha en que entre en vigor la cancelación. No habrá interrupción en la cobertura.

Si cancelo mi inscripción, ¿podría volver a inscribirme en este proyecto de demostración?

No. Si usted se retira voluntaria o involuntariamente de este proyecto de demostración, no podrá volver a inscribirse en el mismo.

¿Puede cancelarse mi inscripción en el proyecto de demostración, aunque yo no lo desee?

Sí. Su inscripción puede ser cancelada si usted no cumple con sus obligaciones. Por ejemplo, se le puede cancelar si usted no paga sus primas a tiempo.

Responsabilidades del asegurado

En un sistema de cuidado de salud que protege los derechos del consumidor, es conveniente que usted entienda su plan o planes de cuidado de salud y que asuma ciertas responsabilidades. Su comprensión del Proyecto de Demostración del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP) permitirá que usted reciba atención de la mejor calidad y eficacia en función del costo.

¿Cuáles son sus responsabilidades como participante inscrito en el Proyecto de Demostración del FEHBP del Departamento de Defensa?

A fin de participar en el FEHBP sin problemas, usted debe entender que, como miembro inscrito en dicho programa, le corresponden las siguientes responsabilidades:

- Saber en qué consiste el conjunto de beneficios que le ofrece su plan.
 - Entender las limitaciones y exclusiones de su plan.
 - Cumplir con los requisitos de certificación y autorización previas de su plan.
 - Asegurarse de que su proveedor de cuidado de salud participe – o de que siga participando – en las redes o convenios de proveedores preferidos de su plan, ya sea verificándolo en los directorios de proveedores del plan o preguntárselo directamente a su proveedor.
 - Saber el precio de sus primas de seguro.
 - Pagar sus primas a tiempo.
 - Presentar sus solicitudes de reembolso a tiempo y acompañadas de la documentación necesaria.
- Para inscribirse o modificar la información relativa a su inscripción, presente prontamente el formulario correspondiente (SF2809) al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa.
 - Si un miembro de su familia deja de ser elegible para recibir servicios médicos bajo su plan de salud del Proyecto de Demostración del FEHBP, y usted desea continuar la cobertura de salud de ese familiar, consulte con el Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa acerca de la continuación provisional de la cobertura (TCC).
 - Notifique al sistema DEERS, al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa y a su plan de seguro de salud sobre cualquier suceso o cambio que ocurra en su vida, por ejemplo:
 - Si un familiar deja de ser elegible.
 - Al ocurrir la muerte de un familiar o del patrocinador. También deberá suministrar una copia del certificado de defunción al sistema DEERS.
 - Después del nacimiento o la adopción de un hijo, matrimonio, u otro suceso o cambio.
 - Si usted cambia de residencia permanente.
 - Para retirarse del proyecto de demostración, llame al Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa al número gratuito 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este. Si desea que le atiendan en español, llame al 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-535-6778.

Resumen del Proyecto de Demostración del FEHBP

Tema	Explicación
Elegibilidad	<p>Toda persona que se inscriba en el programa debe residir dentro de una de las diez zonas del Proyecto de Demostración del FEHBP y le debe ser aplicable una de las siguientes descripciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una persona retirada de los Servicios Uniformados que sea elegible para recibir los beneficios de la Parte A de Medicare. El término “retirado” abarca tanto a las personas retiradas de más de 65 años como a las retiradas por razones médicas, que se consideren elegibles para los fines del Sistema de Salud Militar (MHS) y que continúen siendo titulares válidos de una tarjeta de identificación de los Servicios Uniformados. • Una persona que sea elegible para recibir los beneficios de la Parte A de Medicare y que también sea dependiente de un retirado de los Servicios Uniformados. Cabe señalar que el retirado no necesita ser elegible en lo que a la Parte A de Medicare se refiere, para que el dependiente tenga derecho a inscribirse en este proyecto de demostración. • Un ex cónyuge, no vuelto a casar, de un retirado de los Servicios Uniformados que satisfaga ciertos requisitos adicionales de elegibilidad. Para poder participar en este proyecto de demostración, el ex cónyuge que no se haya vuelto a casar no tiene que ser elegible para recibir Medicare. • Un superviviente es un dependiente que tiene derecho a recibir los beneficios del Sistema de Salud Militar por haber ocurrido la muerte de un miembro de los Servicios Uniformados, ya fuera en servicio activo o después de retirado. Para poder participar en este proyecto de demostración, un superviviente no tiene que ser elegible para recibir Medicare.
Opciones de cobertura	<p>Póliza individual Póliza familiar</p>
Tipos de plan	<p>Plan con pago establecido por servicio (<i>Fee-for-service</i>) Organización de mantenimiento de la salud (HMO)</p>
Elección de médicos	<p>El plan con pago establecido por servicio le permite seleccionar a sus proveedores de cuidado de salud. Normalmente, con una HMO, están cubiertos sólo los servicios prestados por los proveedores aprobados por el plan y los servicios de especialistas sólo cuando el médico de atención primaria haya referido al paciente. Hay excepciones, por lo que deberá consultar con la HMO las normas específicas aplicables.</p>
Costo de la prima	<p>Usted es responsable por el pago de aproximadamente el 25 por ciento del costo total de la prima. El Gobierno aporta el resto. El monto de la prima depende del plan que usted elija.</p>

Resumen del Proyecto de Demostración del FEHBP (cont.)

Tema	Explicación
Métodos de pago	Cobro directo Deducción autorizada Transferencia electrónica de fondos de una cuenta corriente o de ahorros Tarjeta de crédito
Inicio de la cobertura	La cobertura comienza el 1 de enero del 2001, si usted se inscribe durante la temporada de inscripción del 13 de noviembre al 11 de diciembre del 2000. Para quienes se inscriban durante la temporada de inscripción del otoño del 2001, la cobertura comenzará a partir del 1 de enero del 2002. Si usted se inscribe debido a un suceso o cambio en su vida, la cobertura generalmente se inicia el primer día del mes después de recibida la inscripción.
Aspectos principales	Ofrece una amplia variedad de planes de salud y opciones Cubre algunos servicios médicos que Medicare no cubre Ofrece la oportunidad anual para cambiar de plan durante la temporada de inscripción Los costos que corren por cuenta del asegurado son usualmente más bajos No impone restricciones de pago por condiciones de salud preexistentes No impone períodos de espera No requiere exámenes médicos El Gobierno paga de ordinario el 75 por ciento de la prima del plan de seguro Ofrece la continuación provisional de la cobertura cuando se deja de ser elegible No requiere tener la Parte B de Medicare
Cobertura médica ofrecida por todos los planes del FEHBP	Hospitalización Servicios de cirugía Cuidado de pacientes ambulatorios Cobertura de medicamentos (farmacia) Cuidado de salud mental Servicios de rehabilitación Tratamiento contra el abuso de substancias
Cobertura adicional ofrecida por algunos planes del FEHBP	Cuidado dental Cuidado de la vista

No se base únicamente en este cuadro para buscar información específica acerca de la cobertura de salud del Proyecto de Demostración del FEHBP, ya que cada plan participante tiene sus propias definiciones, limitaciones y exclusiones. La información específica referente a cada plan figura en los respectivos folletos.

Al tomar su decisión

Elegir un plan de seguro de salud puede ser confuso y difícil. Al decidir si participa en este proyecto de demostración, considere las siguientes preguntas:

¿Padece usted de alguna condición médica preexistente?

Los planes de seguro de salud del FEHBP no requieren exámenes médicos ni tienen restricciones en cuanto a la edad o el estado de salud.

¿Es importante que su cobertura incluya exámenes médicos periódicos y servicios de prevención de enfermedades?

La mayoría de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) proporcionan estos servicios sin costo alguno. Vea los detalles específicos en los folletos de los planes.

¿Viaja usted al extranjero con frecuencia?

Los planes del FEHBP incluyen cobertura durante viajes al extranjero. Vea los detalles específicos en los folletos de los planes.

¿Es asequible el precio de su seguro de salud actual?

El proyecto de demostración ofrece cobertura de seguro de salud a un precio asequible porque el Gobierno contribuye a sufragar el costo de las primas. El Gobierno, por lo general, paga el 75 por ciento de las primas de cualquier plan que usted elija.

¿Toma usted regularmente medicamentos recetados?

Todos los planes del proyecto de demostración ofrecen beneficios farmacéuticos. Si usted selecciona un plan con farmacia de pedidos por correo, ello probablemente le represente un ahorro considerable en el costo de sus medicamentos.

¿Proviene su cobertura actual de seguro de salud de un plan colectivo patrocinado por un empleador?

Si usted se retira de un plan colectivo patrocinado por un empleador para inscribirse en este proyecto de demostración, posiblemente no pueda volver a participar en dicho plan más adelante. Consulte esa posibilidad con el plan colectivo de su empleador antes de cambiar de seguro.

¿Podrá usted restablecer su actual cobertura de cuidado de salud, sin restricciones ni recargos, en el caso de retirarse del proyecto de demostración?

Le aconsejamos ponerse en contacto con su plan o con su oficina del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, [SHIP]), a fin de obtener respuestas concretas a esta pregunta, antes de proceder a cambiar su seguro de salud. Los números de teléfono del SHIP pueden obtenerse llamando a la línea de asistencia *Medicare Choices Helpline* al número gratuito 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-486-2048.

Otros programas de seguro de salud

Para muchas personas, particularmente las de 65 años o más, tanto el Gobierno Federal como las compañías aseguradoras privadas ofrecen programas de cuidado de salud y cobertura de seguro para hospitalización y atención médica de pacientes ambulatorios. Algunas personas retiradas mantienen su derecho a participar en los programas de seguro patrocinados por su empleador. En el caso de todas las demás que hayan trabajado hasta el final de sus carreras y hayan cumplido los 65 años de edad, el Gobierno Federal proporciona cobertura para hospitalización a través de un programa llamado Parte A de Medicare. Este programa constituye un derecho y ayuda a cubrir los costos de hospitalización. También existen, y deben considerarse, la Parte B de Medicare y otros programas creados para cubrir los costos de cuidado de salud que exceden de los cubiertos por los programas de Medicare.

En la presente sección se suministra información acerca de esos programas y se tratan algunos aspectos que usted debe tener en cuenta al hacer su elección de seguro de salud.

Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro de salud del Gobierno Federal para:

- Personas de 65 años o más
- Algunas personas de menos de 65 años que estén físicamente incapacitadas
- Personas que sufren de insuficiencia renal en etapa terminal (o sea, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis y/o un transplante)

Medicare consta de dos partes: A y B.

Parte A de Medicare

¿Qué es la Parte A de Medicare?

La Parte A de Medicare ayuda a pagar la atención provista en hospitales y centros especializados de enfermería, así como las residencias para enfermos desahuciados y algunos costos de cuidado en el hogar.

¿Cómo puedo saber si soy elegible para recibir la Parte A sin pago de primas?

En el cuadro siguiente se ilustran los criterios de elegibilidad para recibir los beneficios de la Parte A de Medicare sin pagar primas:

Si usted es menor de 65 años de edad y satisface uno de los criterios siguientes:

- Ha recibido pagos por incapacidad física del Seguro Social durante un mínimo de 24 meses o

- Ha recibido pagos por incapacidad física del Programa de Retiro del Ferroviario durante el período prescrito, y cumple las condiciones para que se le considere físicamente incapacitado conforme a la Ley del Seguro Social, o
- Padece de insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD).

Si usted es mayor de 65 años de edad y satisface uno de los criterios siguientes:

- Está recibiendo o tiene derecho a recibir una pensión de Seguro Social o de la Junta de Retiro del Ferroviario o
- Usted o su cónyuge tuvieron un empleo en el Gobierno cubierto por Medicare.

¿Cómo solicito la Parte A de Medicare?

Si usted satisface los requisitos de elegibilidad para recibir la Parte A de Medicare sin tener que pagar primas, la Administración del Seguro Social se encargará de llenar automáticamente su solicitud para recibir la Parte A de Medicare cuando usted solicite sus pagos del Seguro Social.

Si usted no reúne las condiciones de elegibilidad para recibir la Parte A de Medicare sin el pago de primas, posiblemente la pueda adquirir solicitándola a través de la Administración del Seguro Social.

Parte B de Medicare

¿Qué es la Parte B de Medicare?

La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios prestados a pacientes ambulatorios, que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, tales como los exámenes médicos, los servicios y suministros médicos y quirúrgicos, las pruebas de diagnóstico, la terapia física y ocupacional, algunos tipos de cuidado en el hogar y el equipo médico duradero que no está cubierto por la Parte A de Medicare.

¿Cómo puedo saber si soy elegible para adquirir la parte B de Medicare?

Usted es elegible automáticamente para comprar la Parte B de Medicare cuando tiene derecho a recibir la Parte A de Medicare sin el pago de primas. También es elegible para recibir la Parte B de Medicare si ya ha cumplido los 65 años y es ciudadano o residente permanente de los EE.UU. Durante el año 2000, la prima mensual correspondiente a la Parte B de Medicare ascendía a \$45.50. Recuerde que este monto puede cambiar anualmente.

¿Cómo solicito la Parte B de Medicare?

Si usted desea que la protección de la Parte B de Medicare comience en el mes en que usted cumple los 65 años de edad, comuníquese con su oficina local del Seguro Social tres meses antes del día en que cumple los 65 años. Si espera hasta después del día en que cumple los 65 años, podrá inscribirse únicamente durante los dos períodos

especificados para la inscripción, los cuales se indican a continuación:

El Periodo de inscripción general

Si usted se inscribe durante el Período de inscripción general – del 1 de enero al 31 de marzo de cada año – su cobertura de la Parte B de Medicare entrará en vigencia el 1 de julio.

El Periodo de inscripción especial

Si usted no se inscribió para recibir la Parte B de Medicare al comenzar a ser elegible debido a que usted o su cónyuge trabajaban o estaban cubiertos por un seguro de salud colectivo, todavía puede inscribirse para recibir la Parte B de Medicare durante el Período de inscripción especial. Dicho Período de inscripción especial le permite adquirir la parte B de Medicare en cualquier momento mientras se halle cubierto por un plan colectivo. Además, si usted deja su empleo o la cobertura del seguro colectivo finaliza, tiene ocho meses de plazo para inscribirse en la Parte B de Medicare.

Nota: A menos que usted reúna las condiciones para inscribirse durante el Período de inscripción especial, la prima correspondiente a la Parte B de Medicare aumenta un 10 por ciento por cada período de 12 meses en que usted sea elegible para inscribirse pero no lo haga. Este recargo por “inscripción tardía” es permanente y afectará sus primas de la Parte B de Medicare de por vida.

Cuidado de salud administrado por Medicare

¿Qué es el Cuidado de salud administrado por Medicare?

El Cuidado de salud administrado por Medicare, también conocido como Medicare+Choice, consiste en un plan de seguro de salud conforme al cual un grupo especificado de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de salud suministran cuidado de salud a los beneficiarios de Medicare a cambio de una suma mensual fija que les paga Medicare.

Cada plan tiene su propia red de hospitales, centros especializados de enfermería, médicos y otros profesionales de salud. Por lo general, los servicios deben recibirse de los centros y proveedores que pertenecen a ese plan. Si bien muchos planes de seguro no cobran una prima mensual, algunos de ellos requieren un pago mensual mínimo. También, cobran normalmente un pequeño copago por cada servicio prestado.

¿Qué debo hacer si puedo elegir entre un plan de bajo costo administrado por Medicare y un plan de HMO del FEHBP?

En algunos casos, un plan administrado por Medicare puede ofrecer beneficios similares a los de un plan del FEHBP cobrando una prima más baja. Usted, sin embargo, debe examinar detenidamente los beneficios que ofrecen ambos planes, especialmente en lo que respecta al pago de medicamentos recetados. Algunos planes administrados por Medicare imponen límites anuales al costo de medicamentos recetados, los cuales podrían aumentar considerablemente los gastos que usted afrontaría por su cuenta. Los planes del FEHBP no imponen tales límites anuales a los medicamentos recetados.

Medicare y el FEHBP

¿Cubren tanto Medicare como el FEHBP los mismos tipos de gastos médicos?

Sí. En la mayoría de los casos, su plan del FEHBP pagará los montos deducibles y de coseguro de Medicare, eliminando así la mayor parte, si no la totalidad, de los costos que correrían por cuenta suya.

Los planes de seguro de salud del FEHBP proporcionan, además, una amplia cobertura de medicamentos recetados, exámenes médicos periódicos, atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y algunos servicios de prevención de enfermedades que Medicare no cubre. Algunos planes de seguro del FEHBP también cubren la atención odontológica y oftalmológica.

Medicare cubre algunos gastos médicos que los planes del FEHBP posiblemente no cubran, tales como equipo ortopédico, el cuidado en el hogar, servicios quiroprácticos limitados y suministros médicos. Vea la información específica contenida en el folleto de su plan.

¿Qué aseguradora pagará primero mis gastos de cuidado de salud – mi plan del FEHBP o Medicare?

Las leyes y reglamentos que rigen Medicare determinan si Medicare o el plan del FEHBP es la aseguradora responsable del pago de la porción inicial del costo total del servicio de cuidado de salud. La aseguradora que debe pagar primero se llama

pagadora primaria. En la mayoría de los casos, Medicare es la pagadora primaria.

Si yo tengo Medicare, ¿cuándo será mi plan del FEHBP el que pague mis costos médicos primero?

Su plan del FEHBP es la pagadora primaria cuando usted es un empleado en servicio activo, o está inscrito solamente en la Parte B (y no en la Parte A) de Medicare. Además, su plan del FEHBP es la pagadora primaria suya o de un familiar cubierto durante los primeros treinta meses de elegibilidad o derecho a recibir los beneficios de la Parte A de Medicare, por padecer de insuficiencia renal en etapa terminal, sin importar su condición de empleado. El folleto de su plan del FEHBP contiene información específica acerca de cómo coordina los beneficios con Medicare.

Medigap / Seguro suplementario

Si bien Medicare y otros planes de seguro de salud suministran una cobertura extensa, puede haber costos que usted deba afrontar por su cuenta en relación con los servicios médicos que recibe. Dichos costos podrían ser considerables, dependiendo del plan que usted elija. Existe un seguro especial que proporciona cobertura adicional por encima de la que ofrece su plan de seguro estándar. Esta sección trata sobre algunos de esos planes suplementarios.

¿Qué es Medigap?

Medigap es un tipo de seguro suplementario que venden las compañías aseguradoras privadas para cubrir las diferencias no cubiertas por el Medicare tradicional. Si bien el Medicare tradicional paga muchos costos de cuidado de salud, no cubre la totalidad de esos costos de los beneficiarios de Medicare. Estos últimos son responsables del pago directo de montos deducibles y de coaseguro. Además, hay algunos servicios médicos que el Medicare tradicional no cubre, tales como la atención recibida en instituciones de convalecencia, la mayoría de los servicios odontológicos, el costo de lentes y la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes no hospitalizados (ambulatorios).

¿Cuántos tipos de pólizas Medigap existen?

En la mayoría de los estados, las leyes federales exigen que toda póliza Medigap sea vendida como una de diez pólizas uniformes. Dichas pólizas son de planes que ofrecen desde los beneficios más básicos hasta los más extensos y completos. Debe tenerse en cuenta que algunos estados podrían no ofrecer la totalidad de las diez pólizas Medigap.

¿Se ofrecen todas las pólizas Medigap en todos los estados?

No. Cada estado determina cuáles pólizas uniformes Medigap se ofrecerán en el mismo.

Nótese que a las aseguradoras de Massachusetts, Minnesota y Wisconsin se les permite vender una combinación de beneficios un tanto diferente, aunque éstos probablemente sean similares a los de los planes uniformes. Si usted reside en uno de esos estados, comuníquese con su oficina local del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud

(SHIP), o bien con el Departamento de Seguros de su estado, a fin de obtener más información al respecto.

¿Qué sucede si tengo una póliza de Medigap de antes de ser uniformes?

Las pólizas Medigap vendidas antes de mediados de 1992 no tenían que ser uniformes. Si usted cancela su póliza Medigap de antes de que fueran uniformes no podrá volver a activarla. Las leyes federales ahora requieren que sólo se vendan pólizas Medigap uniformes.

¿Por qué hay tantas pólizas Medigap diferentes?

Cada una de las diez pólizas Medigap ofrece una combinación distinta de beneficios.

¿Qué es Medicare SELECT?

Medicare SELECT es un tipo de póliza de seguro Medigap uniforme. Bajo Medicare SELECT, los beneficiarios eligen uno de los diez planes Medigap uniformes.

Con una póliza Medicare SELECT, usted podría tener que utilizar hospitales y médicos específicos para recibir beneficios de seguro completos (salvo en caso de emergencia). Por esta razón, las primas de las pólizas de Medicare SELECT son generalmente más bajas.

Tenga presente que el estado en que reside podría no ofrecer Medicare SELECT. Si desea obtener más información sobre Medicare SELECT, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.

¿En qué consisten las diferencias entre las pólizas Medigap que venden las diversas compañías aseguradoras?

Conforme a las leyes federales, cada una de las diez pólizas Medigap debe ser la misma en cada estado. Los estados, sin embargo, pueden permitir que las aseguradoras introduzcan nuevos tipos de beneficios en cualquiera de los diez planes, tales como descuentos en el costo de lentes o de medicamentos recetados de una farmacia que los envía por correo.

Las compañías aseguradoras compiten en lo que respecta a precio, servicio y reputación. Las distintas aseguradoras también tienen distintos programas de pago. Algunas de ellas, por ejemplo, cobran anualmente el precio total de las primas, mientras que otras ofrecen toda una variedad de opciones para su pago. Todos estos factores pueden afectar el precio de la prima.

¿Cuánto cuesta una póliza Medigap?

Los precios de las pólizas Medigap dependen de la póliza que usted compre, el lugar donde usted reside y de qué compañía la compre.

¿Debo comprar o mantener una póliza para poder inscribirme en este proyecto de demostración?

No. Usted no necesita ni comprar ni mantener una póliza Medigap para poder inscribirse en este proyecto de demostración.

Si me inscribo en este proyecto de demostración, ¿puedo retener mi póliza Medigap?

Sí. Pero tendrá una duplicación de cobertura si mantiene su póliza Medigap mientras esté inscrito en el proyecto de demostración.

Si cancelo mi póliza Medigap cuando me inscriba en el Proyecto de Demostración del FEHBP, ¿podré recuperarla después?

Usted tiene cierta protección de Medigap, si es que:

- nunca estuvo inscrito en un plan de cuidado de salud administrado por Medicare y
- deja de participar en el plan seguro de salud del FEHBP dentro del período de 36 meses después de inscribirse.

Si usted reúne las condiciones arriba indicadas, entonces tiene derecho a comprar su póliza Medigap anterior. Deberá, no obstante, solicitar dicho restablecimiento, a más tardar, 63 días calendario después de que expire la cobertura de su plan de seguro de salud del FEHBP.

Si su póliza Medigap anterior ya no puede obtenerse, usted tiene derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap, siempre que éstos se ofrezcan en su estado. También en este caso, usted debe solicitar dicha protección de seguro, a más tardar, 63 días calendario después de finalizada la cobertura de su plan de seguro de salud del FEHBP.

¿Qué quieren decir cuando me dicen que tengo protección?

Tener protección o estar protegido significa que la compañía aseguradora no puede negarle cobertura de seguro ni imponer condiciones a la póliza, tales como hacerle esperar hasta una fecha de inicio de la cobertura. La compañía aseguradora deberá cubrir todas sus condiciones de salud preexistentes, y no podrá cobrarle más por una póliza debido a un problema de salud que le esté afectando o le haya afectado en el pasado.

Incluso si usted no reuniera las condiciones para recibir la protección de Medigap, su compañía aseguradora podría permitirle adquirir cualquier póliza Medigap, especialmente si usted goza de buena salud.

¿Qué protección de Medigap tengo si acabo de comenzar a ser elegible para recibir Medicare y me inscribo en este proyecto de demostración?

Si usted se retira del proyecto de demostración, podría tener derecho a comprar cualquier tipo de póliza Medigap que se halle a la venta en su estado, siempre y cuando usted:

- se haya inscrito en el proyecto de demostración cuando comenzó a ser elegible para recibir Medicare a los 65 años de edad.
- cancele su inscripción (se retire) dentro de los 36 meses de la fecha en que se inscribió en el Proyecto de Demostración del FEHBP.
- solicite la póliza Medigap a más tardar 63 días calendario después de que finalice su cobertura del plan de seguro de salud del FEHBP.

¿Con qué protección de Medigap cuento si tuve una póliza Medigap de antes de que fueran uniformes?

Si usted cancela su póliza Medigap de antes de que fueran uniformes no podrá obtenerla de nuevo. Sin embargo, tendrá cierta protección de Medigap si usted:

- nunca estuvo inscrito en un plan de cuidado de salud administrado por Medicare y
- cancela su plan de seguro de salud del FEHBP dentro los 36 meses de haberse inscrito.

Si usted satisface los requisitos anteriormente indicados, entonces tiene derecho a comprar los planes A, B, C o F de Medigap, si se ofrecen en su estado.

¿En qué consistirá mi protección de Medigap cuando finalice el proyecto de demostración?

Usted tiene derecho a comprar una póliza Medigap A, B, C o E si se ofrece en su estado, sin importar cuántas veces haya participado en un plan de cuidado de salud administrado por Medicare.

Tenga presente que deberá solicitar la póliza Medigap, a más tardar, 63 días calendario después de que finalice su cobertura de seguro de salud del FEHBP.

¿En que se diferencia el FEHBP de una póliza Medigap?

El FEHBP no es un programa Medigap. Los planes del FEHBP proporcionan cobertura farmacéutica y otros servicios que sólo se obtienen con las pólizas Medigap más costosas. En la mayoría de los casos, el FEHBP le costará menos porque el Gobierno paga la mayor parte de la prima.

¿Cubrirá mi plan con pago establecido por servicio (Fee-for-service) del FEHBP, la totalidad de los gastos que corren por mi cuenta y que no cubre Medicare?

La mayoría de los planes con pago establecido por servicio del FEHBP pagará los montos deducibles y de coaseguro de Medicare, tal como lo haría una póliza Medigap. Además, los planes del FEHBP también cubrirán servicios no cubiertos por Medicare, tales como medicamentos recetados, exámenes médicos periódicos y servicios médicos preventivos.

¿Qué cobertura de farmacia se obtiene de una póliza Medigap?

Si se ofrecen en su estado, sólo tres planes Medigap ofrecen cobertura farmacéutica. El plan H y el plan I de Medigap cubren el 50 por ciento del costo de medicamentos recetados, hasta un máximo de \$1,250 anuales, una vez que usted haya pagado el monto deducible anual equivalente a \$250. El plan J de Medigap también cubre el 50 por ciento del costo de medicamentos recetados, hasta un máximo de \$3,000 anuales, una vez que usted haya pagado el monto deducible anual de \$250 para gastos de farmacia.

¿En qué se diferencia la cobertura de farmacia del FEHBP de la de Medigap?

En la gran mayoría de los casos, la cobertura del FEHBP es superior. El monto de los copagos y coaseguros varía dependiendo del plan del FEHBP

de que se trate. Los planes del FEHBP no tienen límites anuales de los montos pagaderos. En efecto, la mayoría de los planes del FEHBP tienen un límite catastrófico que limita lo que *usted* deberá pagar anualmente de su propio bolsillo.

¿En dónde puedo obtener más información acerca de las pólizas Medigap?

Podrá obtener más detalles acerca de dichas pólizas de las siguientes fuentes:

- Vía Internet, visite la *www.medicare.gov* o *http://www.hcfa.gov/*
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, SHIP. (Nota: El SHIP también se conoce como Programa Estatal de Seguros de Salud [SHIP], o como Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzadas [SHIIP], dependiendo del lugar donde usted resida.) Los números de teléfono del SHIP pueden obtenerse llamando a la línea de asistencia *Medicare Choices Helpline* al número gratuito 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). El número con TTY para personas con problemas auditivos o del habla es el 1-877-486-2048.
- Se pueden obtener las siguientes publicaciones gratuitas a través de la línea de asistencia *Medicare Choices Helpline*.

Pólizas y protecciones de seguros suplementarios de Medicare, Medigap

Guía del 2000 sobre seguros de salud para personas que reciben Medicare

Si desea obtener más información

Para obtener información sobre el Proyecto de Demostración del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP) del Departamento de Defensa, diríjase al:

Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa (DoD)

DoD Customer Care Center
c/o Iowa Foundation for Medical Care
P.O. Box 71547
Clive, IA 50325-0547

Inglés: 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342)
Español: 1-866-DOD-FEHB (1-866-363-3342)
TDD/TTY: 1-877-535-6778
De lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., hora del este

Página en la Web: www.dodcare.com

Página en la Web del Proyecto de Demostración FEHBP: www.tricare.osd.mil/fehbp

Página de la Oficina de Administración de Personal (OPM): www.opm.gov/insure

Para poner al día su dirección y el estado y composición de su familia, diríjase al:

Sistema de Notificación sobre Elegibilidad para la Inscripción (DEERS)

DEERS Support Office
400 Gigling Road
Seaside, CA 93955
1-800-538-9552
1-800-334-4162 (California solamente)
De lunes a viernes de 9 a.m. a 6:30 p.m., hora del este

Para obtener información sobre su seguro social y pedir la dirección de su oficina local del Seguro Social, diríjase a la:

Administración del Seguro Social

1-800-772-1213
De lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Si desea obtener información sobre Medicare y Medigap, diríjase a:

Medicare

Medicare Choices Helpline: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); o al número con TTY 1-877-486-2048 para personas con problemas auditivos y del habla.

Página en la Red: *www.medicare.gov*

Publicaciones de Medicare:

- *Pólizas y protecciones de seguros suplementarios de Medicare, Medigap*, publicada en julio de 1999 por la Administración de Financiamiento de Cuidado de Salud (HCFA) de los EE.UU.
- *Guía del 2000 sobre seguros de salud para personas que reciben Medicare*, publicada por la HCFA.

Página en la Red de la Administración de Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA):
www.hcfa.gov

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)

Comuníquese con la Línea de asistencia *Medicare Choices Helpline* al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información acerca de su oficina local del SHIP.

Nota: Dependiendo del lugar donde usted resida, el SHIP también se conoce como Programa Estatal de Seguros de Salud (SHIP) o como Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas de Edad Avanzada (SHIIP).

Glosario

Área de servicio

En el caso de planes que cubran solamente los servicios proporcionados por una lista especificada de médicos y hospitales, área de servicio significa la región en la que esos servicios son suministrados. Observe que hay una distinción entre área de servicio y zona de demostración: una zona de demostración, que comprende una lista específica de códigos postales, es aquella en la que un beneficiario debe residir para tener derecho a participar en este proyecto de demostración particular.

Asignación

En el plan Medicare tradicional, la asignación es el proceso mediante el cual un médico o proveedor conviene en aceptar la suma que Medicare aprueba como pago total.

Cancelar la inscripción o retirarse de un plan

Cancelar la inscripción o retirarse de un plan significa dejar de participar en el mismo o dar por terminada la cobertura de cuidado de salud que éste proporciona.

Capitación

Capitación es la cantidad fija de dinero que un plan de seguro de salud administrado o una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) le paga a un médico u hospital por la atención suministrada a un paciente, sin importar su costo real.

Coaseguro

El coaseguro es la suma que el beneficiario paga por cada servicio recibido y equivale normalmente al porcentaje del cargo aprobado que excede del monto deducible. (Ver también **copago** o **pago parcial**.)

Coordinación de beneficios

Para aquellas personas con más de un seguro que cubre los mismos gastos médicos, la “coordinación de beneficios” se refiere a la manera en que los costos médicos de un beneficiario determinado son divididos entre cada compañía aseguradora. Una aseguradora – llamada pagadora principal o primaria – paga la porción inicial del costo, tal como si fuera el único plan de seguro del beneficiario. Las demás pagadoras – secundaria, terciaria, etc. – pagan entonces el porcentaje (o la totalidad) del costo restante. Cuando la pagadora primaria no cubre un servicio determinado, pero la segunda sí lo cubre, la cantidad que esta última pagará corresponderá al beneficio límite, tal como si fuese la pagadora primaria.

Copago, pago parcial

El copago o pago parcial es la cantidad que usted paga por cada servicio médico, tal como una cita para examen médico. Obsérvese que el copago es normalmente una suma fija, mientras que el coaseguro es un porcentaje del costo total. Por ejemplo, algunos planes cobran un copago de \$10 por una visita para examen médico, sin importar su costo total. (Ver también **coaseguro**.)

Costos que corren por cuenta del asegurado

Los costos que corren por cuenta del asegurado son aquellos gastos por cuidado de salud que los pacientes deben pagar directamente porque no están cubiertos por el seguro. Entre ellos figuran los montos deducibles, el coaseguro, los copagos y otros gastos no cubiertos.

Cobertura familiar

La opción del FEHBP que suministra beneficios de cuidado de salud a los asegurados patrocinadores de los Servicios Uniformados, sus cónyuges y ciertos dependientes elegibles.

Cobertura individual

La cobertura o póliza individual es una opción del FEHBP que suministra beneficios de cuidado de salud únicamente al beneficiario elegible que se inscribe en el plan.

Compañía aseguradora de Medicare

Una compañía aseguradora privada que ha suscrito un contrato con Medicare para tramitar las facturas (solicitudes de reembolso) relacionadas con los servicios de la Parte B de Medicare.

Cuidado ambulatorio

Se trata de la mayoría de los tipos de servicios médicos que no requieren que el paciente permanezca internado en el hospital.

Cuidado de pacientes hospitalizados

El término “cuidado de pacientes hospitalizados” se emplea para describir la mayoría de los tipos de servicios de salud que requieren que el paciente quede internado en el hospital.

Cuidado de salud administrado

Ver **Medicare+Choice**.

Deducible

El deducible es la cantidad que usted debe pagar en concepto de cuidado de salud durante cada período de prestaciones (generalmente cada año), antes de que su plan comience a pagar la parte de los costos que le corresponde. Un plan de seguro de salud puede tener montos deducibles para diferentes tipos de servicios y éstos pueden cambiar cada año o período de beneficios.

Emergencia médica

Una emergencia médica se define como un dolor fuerte, una lesión o una enfermedad súbita, o el agravamiento repentino de una enfermedad que el paciente considera que hacen peligrar su vida.

Equipo médico duradero

El término “equipo médico duradero” (*durable medical equipment, DME*) se refiere a los suministros que un médico ordena para uso del paciente en su casa. Este equipo debe ser reutilizable e incluye andadores, sillas de ruedas y camas de hospital.

Inscripción

Inscribirse en un plan de salud significa hacerse miembro del mismo o comenzar a participar en él.

Insuficiencia renal en etapa terminal (*End-Stage Renal Disease, ESRD*)

Se considera que un paciente sufre de insuficiencia renal en etapa terminal cuando la condición de sus riñones es de tal gravedad que requiere diálisis de por vida o un transplante de riñón. Los pacientes que padecen de ESRD tienen derecho a la cobertura de Medicare y también a recibir pagos del Seguro Social, si se determina su incapacidad física.

Intermediario fiscal

Un intermediario fiscal es una compañía aseguradora privada que ha suscrito un contrato con Medicare para tramitar facturas y solicitudes de reembolso relacionadas con los servicios de la Parte A de Medicare.

Límite catastrófico

Este tope es el monto máximo de ciertos cargos cubiertos que usted tendrá que pagar por su cuenta durante el año. Se establece un monto máximo para que usted esté protegido. Por lo general se aplican límites separados por persona y por familia.

Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud destinado a las personas de más de 65 años de edad, así como a ciertas personas más jóvenes que sufran de una incapacidad física o de insuficiencia renal en etapa terminal (la cual puede conducir a la falla permanente de los riñones y cuyo tratamiento consiste en diálisis o un trasplante).

Medicare+Choice

Medicare+Choice es la versión de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare. Estos planes no existen en todos los estados o localidades.

Medicare SELECT

Medicare SELECT es un tipo de póliza de seguro Medigap uniforme que se ofrece en muchos estados. Bajo Medicare SELECT, los beneficiarios seleccionan una de diez pólizas Medigap uniformes. Sin embargo, dado que el cuidado de salud está cubierto únicamente cuando lo proporcionan ciertos médicos y hospitales (salvo en casos de emergencia), las primas de las pólizas de Medicare SELECT son gene-

ralmente más bajas que las de Medigap, las cuales imponen menos restricciones.

Medicare tradicional

También llamado plan original de Medicare, se refiere al procedimiento de pago establecido por servicio que se aplica a los servicios de las Partes A y B.

Médico de atención primaria

En muchos planes de seguro de salud administrados por Medicare – así como en planes privados y de HMO del FEHBP – los médicos de atención primaria coordinan y suministran una gran parte o la totalidad de la atención de salud del beneficiario. Por ejemplo, muchos planes requieren que el beneficiario sea referido (o remitido) por un médico de atención primaria antes de hacerse ver por un especialista. Cuando usted se inscribe en un plan tipo HMO, podría pedirle que seleccione un médico de atención primaria de la lista de médicos aprobados por el plan.

Medigap

Medigap es una póliza de seguro suplementario que venden las compañías aseguradoras privadas para pagar la diferencia en los gastos no cubierta por el Medicare tradicional.

Monto aprobado por Medicare

El monto aprobado por Medicare es el límite superior que se considera razonable cobrar por un servicio cubierto por la Parte B de Medicare. Cabe señalar que en algunos casos dicho monto aprobado por Medicare puede ser menor que el monto cobrado.

Organización de proveedores preferidos (PPO)

Este tipo de organización consiste en un plan con pago establecido por servicio, el cual cubre los servicios médicos suministrados por proveedores seleccionados por dicho plan (profesionales médicos que firman contratos con dicho plan). Los beneficiarios de las PPO pagan menos costos que corren por su propia cuenta por los servicios médicos que reciben de un proveedor seleccionado por el plan que los que pagarían si los atendiera un proveedor no seleccionado.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) es un plan que proporciona cuidado de salud a través de una red de médicos y hospitales en áreas geográficas o de servicio determinadas. Las HMO coordinan los servicios médicos que usted recibe. Su elegibilidad para tener acceso a una HMO está determinada por el lugar donde usted vive o, en el caso de algunos planes, por el lugar donde usted trabaja. Algunas HMO del FEHBP han concertado acuerdos con proveedores en otras áreas de servicio para que suministren servicios médicos que no sean de emergencia cuando usted viaje o permanezca en otro lugar durante períodos prolongados.

Organización patrocinada por proveedores (PSO)

Se trata de una organización de cuidado de salud administrado establecida con el objeto de suministrar servicios de salud por un grupo de médicos y hospitales, los cuales son los propietarios de la misma. Para que sus servicios médicos estén

cubiertos si usted es beneficiario de una PSO, debe usar los médicos y hospitales de ese plan.

Pagadora principal

La pagadora principal es la compañía aseguradora que paga primero una solicitud de reembolso de gastos médico.

Pagadora secundaria

En el caso de las personas que están cubiertas por más de un plan de seguro, la pagadora secundaria es la compañía aseguradora que paga parcial o totalmente los costos de los servicios médicos no cubiertos por la primera aseguradora o “pagadora primaria”. Si la pagadora primaria no cubre un servicio determinado que la pagadora secundaria sí paga, esta última pagará hasta el límite del beneficio, tal como si fuese la pagadora primaria. Cuando la pagadora secundaria es un plan con pago establecido por servicio (Fee-for-service) del FEHBP, éste pagará el que sea más bajo de los montos siguientes:

- la totalidad de los beneficios o
- una cantidad que, sumada a los beneficios pagaderos por la compañía pagadora primaria, equivalga al 100 por ciento de los gastos cubiertos.

Parte A de Medicare

La Parte A de Medicare es el seguro federal de hospitalización que ayuda a pagar la atención que reciben los beneficiarios de Medicare en hospitales y centros especializados de enfermería, así como los costos del cuidado en el hogar y de instituciones para enfermos desahuciados. (Ver también **Medicare**.)

Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare es el seguro médico federal que ayuda a pagar las citas para exámenes médicos, el cuidado hospitalario de pacientes ambulatorios y algunos otros servicios médicos no cubiertos por la Parte A de Medicare, tales como la terapia física y ocupacional. (Ver también **Medicare**.)

Patrocinador

En el contexto de este proyecto de demostración, se entiende por patrocinador el miembro o ex miembro de los Servicios Uniformados.

Plan con pago establecido por servicio (*fee-for-service plan*, también llamado plan de libre selección)

Tipo tradicional de seguro que cubre la atención recibida de cualquier médico u hospital, pero que supone de ordinario el pago de un monto deducible anual y de un coaseguro o un copago. El término “Plan de pago establecido por servicio” (*fee-for-service plan*) se refiere al hecho de que los médicos y otros proveedores reciben el pago correspondiente por cada visita, prueba u otro tipo de atención suministrada. La mayoría de los planes de pago establecido por servicio del FEHBP también proporcionan el acceso a organizaciones de proveedores preferidos (PPO).

Plan de seguro de salud patrocinado por el empleador

Se trata del plan de seguro de salud de cobertura colectiva (de grupo) que paga un empleador para cubrir los costos de los servicios de hospitalización, médicos, quirúrgicos y de enfermería de los empleados elegibles y sus dependientes.

Plan original de Medicare

Ver **Medicare tradicional**.

Planes de cuidado de salud administrado

Los planes de cuidado de salud administrado proporcionan servicios de salud a los beneficiarios a través de un grupo especificado de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud, los cuales reciben un pago mensual fijo. Entre los planes de cuidado de salud administrado figuran las organizaciones de mantenimiento de salud (HMO), las HMO con opciones de punto de servicio (POS), las organizaciones patrocinadas por los proveedores (PSO) y las organizaciones de proveedores preferidos (PPO).

Prima

El pago fijo que un asegurado debe efectuar a Medicare, a una compañía aseguradora o a un plan de seguro de salud.

Proveedor autorizado

Un proveedor autorizado es un médico u otro profesional de salud, o bien un hospital o proveedor, que haya sido aprobado por un plan de seguro de salud para proporcionar atención y suministros médicos. Tal proveedor normalmente tiene una licencia estatal, ha sido acreditado por una organización nacional o satisface otras normas de la profesión médica.

Punto de servicio (POS)

Un punto de servicio (POS) es un plan de seguro de salud que suministra atención a través de una red de médicos y hospitales en un área geográfica determinada. El plan coordina de ordinario los servicios médicos que usted recibe cuando utiliza el plan de proveedores afiliados. Sin embargo, el plan le reembolsa el costo de los servicios que usted reciba de

proveedores que no pertenecen al plan. Los costos que usted debe pagar directamente en concepto de estos servicios son usualmente más altos.

Referencia

Una referencia (también llamada “referido”) es la aprobación por escrito de su médico de atención primaria para que usted se haga examinar por cierto especialista a fin de recibir determinados servicios. La mayoría de las HMO y algunos planes de cuidado de salud administrados por Medicare requieren que los pacientes sean referidos. Tenga presente que si usted va a un médico que no sea el de la referencia, o si va a ver a un médico sin haber sido referido y los servicios no son de emergencia ni de urgencia, usted podría tener que pagar la totalidad de los gastos.

Servicios de medicina preventiva (o de prevención de enfermedades)

La atención preventiva se refiere a los servicios médicos que ayudan al paciente a mantener su salud y evitar enfermedades. Tales servicios pueden incluir los exámenes físicos periódicos y las vacunas contra la influenza, así como algunas pruebas tales como la detección del cáncer colorrectal y las mamografías.

Servicios Uniformados

El término Servicios Uniformados abarca los siguientes grupos:

- Los miembros de las Fuerzas Armadas (el Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marina y los Guardacostas)
- Los miembros del Cuerpo Comisionado del

Servicio de Salud Pública

- Los miembros del Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica

Superviviente

En el contexto de este proyecto de demostración, un superviviente es un dependiente que tiene derecho a recibir los beneficios del Sistema de Salud Militar como consecuencia de la muerte de un miembro de los Servicios Uniformados, ya sea en servicio activo o después de haberse retirado.

Temporada de inscripción

Este es el período especificado anualmente para que las personas elegibles puedan inscribirse en el Proyecto de Demostración del FEHBP y durante el cual los beneficiarios pueden cambiar de plan. Si la cobertura del seguro médico ha de comenzar el 1 de enero del 2001, los beneficiarios elegibles podrán inscribirse entre el 13 de noviembre y el 11 de diciembre del 2000; y si la cobertura ha de comenzar a partir del 1 de enero del 2002, los beneficiarios elegibles podrán inscribirse durante el período comprendido entre el 12 de noviembre y el 10 de diciembre del 2001.

Instrucciones para llenar el formulario de inscripción

Instrucciones para llenar el formulario de inscripción y el formulario de elección de método de pago del Proyecto de Demostración del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP)

Las siguientes instrucciones le ayudarán a llenar los formularios de inscripción y de elección de método de pago del Proyecto de Demostración del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP), los cuales son necesarios para la inscripción. Además de leer cada pregunta en los formularios, estas directrices ayudarán a asegurar que sus respuestas sean precisas y completas.

- Para ambos formularios, escriba con letra de molde de forma legible o a máquina sus respuestas.
- **Para inscribirse en el Proyecto de Demostración del FEHBP:** en el formulario de elección de beneficios de salud, llene las **partes A, B y G**, así como también el encasillado “Remarks” debajo de la **parte H**. Refiérase a las instrucciones paso por paso que se dan más adelante para llenar cada sección. Además, haga el favor de llenar el formulario de elección de método de pago completo.

- **Es necesario que firme** la parte inferior de ambas formas. Si no incluye su firma, se le devolverá el formulario para que lo firme.
- Haga el favor de devolver ambos formularios en el sobre predirigido provisto o en cualquier otro sobre dirigido a:

Department of Defense
TRICARE Management Activity
c/o Iowa Foundation for Medical Care
P.O. Box 71547
Clive, IA 50325-0547

- Las solicitudes serán aceptadas sólo por correo.
- **Para cambiar la inscripción o para retirarse del Proyecto de Demostración del FEHBP:** comuníquese con el Centro de Atención al Cliente del Departamento de Defensa (DoD) al número gratuito 1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342).

Instrucciones paso por paso para llenar el formulario de elección de beneficios de salud:

Parte A

- Número 1: Escriba con letra de molde o a máquina su(s) apellido(s), nombre e inicial del segundo nombre.
- Número 2: Escriba con letra de molde o a máquina su número de seguro social.

- Número 3: Escriba con letra de molde o a máquina su fecha de nacimiento, usando números para mostrar el día, el mes y el año completo (por ejemplo, para el 12 de abril de 1935, escriba “12/04/1935” y para el 5 de noviembre de 1929, escriba “05/11/1929”).
- Número 4: Escriba con letra de molde o a máquina su dirección de correo permanente.
- Número 5: Ponga una “X” en el encasillado apropiado.
- Número 6: Ponga una “X” en el encasillado que indica su estado civil actual. Si está separado(a), pero no divorciado(a), marque “married”.
- Número 7: Escriba con letra de molde el número de teléfono en el que lo podamos contactar en horas de trabajo. Si no tiene teléfono, por favor, escriba “no phone”.

Parte B

- Número 1: Escriba con letra de molde el nombre del plan y el código de inscripción apropiado. Puede encontrar el código de inscripción en la portada del folleto del plan por el que esté optando. El código de inscripción identifica, no sólo al plan, sino también si usted elige cobertura individual o familiar.

Si se inscribe en una cobertura familiar, llene los números del 2a al 2f de la parte B. Si se inscribe en una cobertura individual, vaya al número 3 de la parte B.

- Número 2a: Escriba con letra de molde el apellido(s), el nombre y la inicial del

segundo nombre de cada uno de los miembros elegibles de la familia.

- Número 2b: Escriba con letra de molde el código postal del Servicio Postal de los EE.UU. de cada uno de los miembros elegibles de la familia.

- Número 2c: Escriba con letra de molde la fecha de nacimiento de cada uno de los miembros elegibles de la familia, usando números para mostrar el día, el mes y el año completo.

- Número 2d: Indique “M” para sexo masculino o “F” para sexo femenino.

- Número 2e: El código que indica el tipo de relación que tiene cada uno de los miembros de la familia con usted:

Código 1: Cónyuge

Código 2: Hijo(a) soltero(a) dependiente menor de 22 años de edad [incluido un hijo(a) adoptivo(a)]

Código 3: Hijastro(a), hijo(a) de acogida o hijo(a) nacido fuera del matrimonio reconocido(a)

Código 4: Hijo(a) soltero(a) con impedimentos de 22 años de edad o más que no puede mantenerse a sí mismo a consecuencia de una incapacidad mental o física que existiera ya antes de los 22 años de edad.

- Número 2f: Escriba con letra de molde el número de seguro social de cada uno de los miembros elegibles de la familia.

- Número 3a: Ponga una “X” en el encasillado apropiado para el número 3a. Si su

respuesta es “Yes”, escriba el nombre del asegurado en el espacio provisto y llene el número 3b.

Número 3b: Si usted o cualquier otro miembro de la familia recibe en estos momentos los beneficios de Medicare, ponga una “X” en el encasillado de Medicare e indique con una “X” parte A y / o parte B.

Si usted o cualquier otro miembro de la familia recibe en estos momentos los beneficios de TRICARE (incluido CHAMPUS), ponga una “X” en ese encasillado.

Si usted o cualquier otro miembro de la familia que está cubierto tiene cualquier otro seguro de salud colectivo, ponga una “X” en el encasillado “Other” y provea el nombre del seguro de salud.

Omita las partes C, D, E y F del formulario de elección de beneficios de salud.

Parte G

Número 1: Lea el “Warning” y las siguientes declaraciones y entonces firme.

Firmar el formulario de elección de beneficios de salud indica que usted entiende y está de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Entiendo que, mientras esté inscrito en el Proyecto de Demostración del FEHBP, no podré utilizar ninguno de los servicios del Sistema de Salud Militar, incluidos los servicios de far-

macias y cualquier otro tratamiento / servicio de hospitalización o para pacientes ambulatorios provistos en el centro de tratamiento militar, excepto en un caso de emergencia médica.

- Entiendo que no podré inscribirme en el Programa para Personas de Edad Avanzada de TRICARE, otro programa de demostración, mientras esté inscrito en el Proyecto de Demostración del FEHBP.
- Según tengo entendido, no soy elegible para inscribirme en el FEHBP a través del empleo anterior con el servicio civil, ni como ex empleado ni como miembro de la familia.
- Entiendo que la conclusión de este proyecto de demostración está prevista actualmente para el 31 de diciembre del 2002.

Número 2: Escriba con letra de molde o a máquina la fecha en que firma, usando números para mostrar el día, el mes y el año completo (por ejemplo, 16/11/2000 para el 16 de noviembre del 2000).

Parte H

En la sección de “Remarks”, que es el último encasillado al final de la página, escriba el nombre completo del patrocinador y el número de seguro social. Dentro del contexto de este proyecto de demostración, una patrocinador se define como un miembro o ex miembro de los Servicios Uniformados.



Health Benefits Election Form

Form Approved:
OMB No. 3206-0160

Federal Employees Health Benefits Program
For Employees, Former Spouses Under the Spouse Equity Law, and Individuals

Eligible for Temporary Continuation of Coverage

• Complete Parts A and G, and Parts B, C, D, E, and F as applicable.

Do not separate the copies. Your employing office will certify the completed form and return your copy to you.

• Type or print firmly
• Sign and date in Part G

Part A - Fill in this part.

1. Name (last, first, middle initial)	2. Social Security Number	3. Date of birth (mo., day, yr.) ____/____/____
4. Your home mailing address (include ZIP code)	5. Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	6. Are you now married? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Daytime telephone number (include area code) ()		

Part B - Fill in this part if you wish to enroll or change your enrollment in the Federal Employees Health Benefits (FEHB) Program.

1. I elect to enroll in a health benefits plan as shown below. (Copy the information requested below from front cover of brochure of the plan you select.)

Name of plan					Enrollment code	
2a. Names of family members (last, first, middle initial)	2b. ZIP code	2c. Date of birth (mo., day, yr.) ____/____/____	2d. Sex	2e. Relationship "code"	2f. Social Security Number (see instructions)	
		____/____/____				
		____/____/____				
		____/____/____				
		____/____/____				
		____/____/____				

3a. Do you, your spouse or any other eligible family members have any group health insurance coverage other than the FEHB plan in which you are now enrolling or enrolled? No Yes → Complete 3b

Name of policyholder (last, first, middle initial)

3b. Type of insurance Medicare You A B Your spouse A B TRICARE (Including CHAMPUS) Other (specify name)

Part C - Fill in this part, as well as PART B, to change enrollment.		Part D - Event	
1. Present Plan name	2. Present Plan enrollment code →	1. Event code that permits change (see Table of Permissible Changes)	2. Date of event that permits change (mo., day, yr.) ____/____/____

Part E - Employees Only Place an "X" in the box below if you wish NOT TO ENROLL in the FEHB Program.	Part F - Cancellation Place an "X" in the box below if you wish to CANCEL your enrollment.	Present Plan enrollment code
<input type="checkbox"/> I elect not to enroll in the Federal Employees Health Benefits Program.	<input type="checkbox"/> I elect to cancel my enrollment in the Federal Employees Health Benefits Program. I am currently enrolled under the code shown above. My signature in PART G certifies that I have read the information in the instructions on page 4 regarding cancellation of enrollment and that I understand that I must meet the 5-year requirement to qualify for FEHB coverage after retirement.	

My signature in PART G certifies that I have read and understand the information on page 4 regarding this election.

Part G - Fill in this part.

WARNING: Any intentionally false statement in this application or willful misrepresentation relative thereto is a violation of the law punishable by a fine of not more than \$10,000 or imprisonment of not more than 5 years, or both. (18 U.S.C. 1001.)

1. Your signature (do not print)	2. Date (mo., day, yr.) ____/____/____
----------------------------------	---

Part H - To be completed by agency

1. Name and address of employing office (include ZIP code)	2. Date received in employing office (mo., day, yr.) ____/____/____	3. Effective date of action (mo., day, yr.) ____/____/____	4. SF 2811 report number
5. Payroll office number	6. Payroll contact and telephone number (including area code) ()		
7. Personnel contact and telephone number (including area code) ()			
8. Signature of authorized agency official and telephone number (including area code) ()			

Remarks

Department Of Defense (DoD)
Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP) Demonstration Project
Payment Election Form

A Enrollee

Enrollee Name _____ Enrollee Social Security # _____

Enrollee Date of Birth _____

B Method of Payment:

- Bill me directly.**
Complete Section C
- Deduct payment allotment from my/my sponsor's retired military pay.**
Complete Section D
- Deduct payment from my checking account or savings account using electronic funds transfer (EFT).**
Complete Section E
- Automatically bill my VISA, MasterCard or American Express.**
Complete Section F

Enrollee Signature _____ Date _____

C I choose direct billing.

- ¹ Payment must be received by the due date to avoid disenrollment.
- ¹ You may pay by personal check, cashier's check or money order. Make checks payable to the DoD FEHBP. Be sure to sign the check or money order and include your account number.
- ¹ A fee will be charged for insufficient funds.

Enrollee Signature _____ Date _____

D I choose to have the premium deducted from my/my sponsor's retired military pay.

- ¹ I understand processing of the allotment payments may take up to 60 days to activate. If my payment election is not successfully processed, I will be billed directly for the premiums due or I can authorize payment by credit card or electronic funds transfer.
- ¹ I understand that this authorization will remain in effect until the DoD FEHBP Demonstration Project receives written notification from me to terminate it.
- ¹ I understand that the DoD FEHBP will need a reasonable amount of time to process my termination request.
- ¹ Note: Only the sponsor may authorize a deduction. Survivors and former spouses may not use this option.

Sponsor Name _____ Sponsor Social Security # _____

Sponsor Signature _____ Date _____

E I choose to have the premium account balance deducted from my bank account through electronic funds transfer (EFT) automated transactions.

- If my payment option is not successfully processed, I will be billed directly for the premiums due or I can elect to pay by credit card.
- A fee will be charged for insufficient funds.
- I understand that this authorization will remain in effect until the DoD FEHBP receives written notification from me to terminate it.
- I understand that the DoD FEHBP will need a reasonable amount of time to process my termination request.

Account Holder's Name _____

Banking Information: Checking Account (Please attach a voided check)
 Savings Account (Please complete below)

Financial Institution Name _____

City _____ State _____ Zip _____

Account Number _____

ABA (Bank Routing) Number _____

Account Holder's Signature _____ Date _____

F I choose to have the premium automatically billed to my credit card.

- This authorization will remain in effect until the DoD FEHBP receives written notification from me to terminate it.
- If my payment option is not successfully processed, I will be billed directly for the premiums due.
- I understand that the DoD FEHBP will need a reasonable amount of time to process my termination request.

Check One:

- VISA
- MasterCard
- American Express

Credit Card Number:

Expiration date: _____/_____
 MM / YYYY

Print the name as it appears on the credit card: _____

Credit Card Holder's Signature _____ Date _____

The signature authorizes the FEHBP to charge the above account for the appropriate FEHBP premium due.

For more information:

Department of Defense
TRICARE Management Activity
c/o Iowa Foundation for Medical Care
P.O. Box 71547
Clive, IA 50325-0547

1-877-DOD-FEHB (1-877-363-3342)

www.tricare.osd.mil/fehbp



Department of Defense
TRICARE Management Activity
c/o Iowa Foundation for Medical Care
6000 Westown Parkway, Suite 350E
West Des Moines, IA 50266-7771